

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

125

PRÉSENTÉE PAR
André CHEVALLIER
Né à Florent (Marne), le 4 Novembre 1886

Essai sur le Cocaïnisme nasal
ET LA
Perforation de la Cloison

Président : M. LE PROFESSEUR THOINOT

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
OLLIER-HENRY
26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, (VI^e Ar^t). -- PARIS.
(Anciennement 8, Rue Casimir-Delavigne)

1912



THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

THÈSE **125**

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

André CHEVALLIER

Né à Florent (Marne), le 4 Novembre 1886

Essai sur le Cocaïnisme nasal

ET LA

Perforation de la Cloison



Président : M. LE PROFESSEUR THOINOT

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, (VI^e Ar^t). -- PARIS.

(Anciennement 8, Rue Casimir-Delavigne)

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale.	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	WIDAL
Pathologie chirurgicale.	TEISSIER
Anatomie pathologique.	N.
Histologie.. . . .	PIERRE MARIE.
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	HARTMANN
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène.	MARFAN
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.	LETULLE
	ROGER
Clinique médicale.	{ CHAUFFARD
	{ GILBERT
	{ DEBOVE
	{ LANDOUZY
Maladies des enfants.	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GILBERT BAILLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale.	{ PIERRE DELBET
	{ QUENU
	{ RECLUS
	{ SECOND
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	N.
Clinique d'accouchements	{ BAR
	{ PINARD
	{ RIBEMONT DES-
	{ SAIGNE
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
BALTHAZARD	DESGREZ	LECENE	OMBREDANNE
BERNARD	DUVAL PIERRE	LENORMANT	PROUST
BRANCA	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRINDEAU	GREGOIRE	LERI	REITTERER
BROCA ANDRÉ	GUENIOT	LOEPER	RICHAUD
BRUMPT	GUILLAIN	MACAIGNE	ROUSSY
CAMUS	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
CARNOT	JOUSSET ANDRÉ	MORESTIN	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LABBE MARCEL	MULON	SICARD
CHEVASSU	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CLAUDE	LAIGNEL-LAVAS	NOBECOURT	TIFFENEAU
COUVELAIRE	TINE.	OKINCZYC	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON REGRETTÉ PÈRE

A MA MÈRE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR THOINOT

PROFESSEUR DE MÉDECINE LÉGALE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MEMBRE DE L'ACADEMIE DE MÉDECINE

MÉDECIN DE L'HÔPITAL LAENNEC

MÉDECIN EXPERT PRÈS LES TRIBUNAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

M. LE DOCTEUR DEMOULIN

HÔPITAL SAINT-LOUIS 1907

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LAUNOIS

HÔPITAL LARIBOISIÈRE 1908, 1909, 1912

M. LE DOCTEUR BAZY

HÔPITAL BEAUJON 1908-09

MONSIEUR LE DOCTEUR PICQUÉ

HÔPITAL LARIBOISIÈRE 1909-10

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ

LAIGNEL-LAVASTINE

HÔTEL-DIEU 1910

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BONNAIRE

HÔPITAL LARIBOISIÈRE 1910

MONSIEUR LE DOCTEUR DOLÉRIIS

HÔPITAL SAINT-ANTOINE 1911

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES

Hommage de ma profonde reconnaissance

INTRODUCTION

Au mois de novembre 1911 entraît à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. le Dr P. E. Launois, une femme de 39 ans, au front couvert de rides prématurées, aux yeux cernés, au visage pâle et aux traits tirés. Son faciès exprimait l'inquiétude et la tristesse ; sa démarche traduisait une lassitude extrême. Elle déclara que, depuis deux ans, elle avait pris l'habitude de priser des doses considérables de cocaïne et que cette habitude était devenue chez elle une véritable passion.

Ayant reconnu et déploré les effets funestes de sa manie, elle avait tenté plusieurs fois de s'en défaire ; mais, la lutte étant devenue inégale entre sa passion toujours plus exigeante et sa volonté faiblissant de jour en jour, elle venait à l'hôpital demander qu'on vint en aide à ses efforts impuissants.

La littérature médicale s'étant enrichie, dans ces dernières années, de nouvelles observations d'intoxication par la cocaïne et en particulier de destruction de la cloi-

son nasale, signalée dans quelques-unes d'entre elles, notre maître M. P. E. Launois songea à examiner les fosses nasales de la malade et put apercevoir, à mi-hauteur de la cloison, une tâche sombre, de dimensions relativement grandes et de forme arrondie.

L'examen rhinoscopique, pratiqué par Mlle le docteur Bouteil dans le service de M. le docteur Sébilleau, montra qu'il existait une perforation et permit d'en préciser les caractères.

Encouragé par notre maître à approfondir cette question encore nouvelle, nous avons pensé qu'il serait intéressant de faire de cette étude l'objet de notre thèse inaugurale.

Ce projet nous souriait d'autant plus, qu'au cours de notre scolarité médicale nous avons conçu un vif intérêt pour tout ce qui avait trait à ce qu'on a appelé les grands empoisonnements sociaux, aux intoxications par l'alcool, l'opium, la morphine, la cocaïne, qui constituent aujourd'hui de véritables fléaux.

Dans cette modeste contribution à l'étude des lésions destructives du septum nasal produites par l'application locale, plus ou moins répétée, de la cocaïne, nous essaierons de dégager quelques idées générales des faits constatés jusqu'à ce jour, et aux observations déjà publiées nous ajouterons celles que nous avons pu recueillir et que nous aurions désirées plus nombreuses.

Après avoir rassemblé quelques notions historiques sur la cocaïne, ses usages, ses abus et les accidents locaux qui lui ont été attribués, nous énumérerons les

effets que cet alcaloïde peut produire sur les différents systèmes de l'organisme. Nous consacrerons un chapitre spécial à l'étiologie du cocaïnisme nasal ; nous étudierons ensuite les perforations de la cloison dans leurs symptômes, leurs caractères anatomo-cliniques, leur pathogénie, leur diagnostic différentiel et leur évolution. Nous exposerons enfin nos conclusions.

Avant d'entrer plus avant dans notre sujet, nous tenons à adresser à notre cher maître et compatriote, M. le Professeur agrégé P. E. Lavnois, médecin de l'hôpital Lariboisière, l'hommage de notre vive reconnaissance et de notre respectueuse affection. Il voulut bien, dès notre entrée à la Faculté, nous témoigner les marques de sa bienveillance et diriger nos pas inexpérimentés dans les voies si arides de la clinique, et, nos études terminées, nous guider dans le choix et la rédaction de notre thèse. Par son enseignement et par son exemple, il a grandement contribué à rendre plus vivace en nous l'amour de notre profession médicale,

Nous adressons aussi tous nos remerciements à M. le Professeur Thoinot, qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

CHAPITRE I

HISTORIQUE

En 1856, Samuel Percy observa que la mastication des feuilles de l'*Erythroxylon Coca* ⁽¹⁾ produisait une notable diminution de la sensibilité de la langue.

(1) L' *Erythroxylon Coca* est un arbrisseau de la famille des érythroxy-lées, classe des dicotylédoues. Originaire de la Bolivie, il est actuellement cultivé dans différentes provinces de l'Amérique du Sud.

Les feuilles, faiblement aromatique et de saveur amère, renferment plusieurs alcaloïdes, les cocaïnes qui dérivent tous d'un noyau commun, l'*ecgonine*,

Ce noyau, possédant une fonction alcool COOH et une fonction acide OH, peut être transformé par éthérification à l'aide de divers acides et alcools en diverses variétés de cocaïnes. Dans les cocaïnes renfermées dans le coca, l'éthérification est toujours due à l'alcool méthyl-lique et à un acide différent pour chaque cocaïne.

La cocaïne employée en thérapeutique est la *méthyl-benzoyl-ecgo-nine*, les fonctions acide et alcool étant éthérifiées par l'alcool méthyl-lique et l'acide benzoïque.

Cet alcaloïde, étant peu soluble dans l'eau, est toujours employé sous forme de chlorhydrate de cocaïne, constitué par des cristaux très solubles dans l'eau, un peu moins solubles dans l'alcool et l'éther.

Ce n'est pourtant que de longues années plus tard, en 1884, que la cocaïne, expérimentée par les rhino-laryngologistes, entra définitivement dans le domaine pharmaceutique.

Morell Mackensie, à Londres ; Koller et Jelliveck, à Vienne ; Knapp et Roosa, à New-York, en firent les premiers connaître les effets analgésiques sur les muqueuses du larynx, du pharynx et du nez.

Presque en même temps, Moure et Baratoux font, en France, des constatations analogues.

En février 1885, W. Paget recommande l'emploi de la cocaïne dans le traitement du coryza aigu.

Dès lors, l'usage de la cocaïne se répand de plus en plus. Carl, Sajous, Bosworth, Cresswell, Ingals le généralisent dans les différentes affections du nez. Ruault prescrit la cocaïne en solution à 20 et 30 o/o contre l'épistaxis. Morell-Mackensie la préconise dans le traitement de la fièvre des foins.

En 1892, Wells découvre ses propriétés anaphrodisiaques.

En 1893, les chirurgiens en ont fait une anesthésique courant, et le professeur Reclus (69⁽¹⁾) règle d'une façon magistrale la technique de la cocaïnisation chirurgicale.

En 1897, Fliess (2) étudie les relations de la muqueuse nasale avec l'appareil génito-urinaire et traite les douleurs dysménorrhéiques par l'attouchement à la cocaïne de certaines régions de la muqueuse du nez.

(1) Les chiffres apposés aux noms des auteurs correspondent aux numéros d'ordre de la *Bibliographie*.

(2) Cité par Pitous [67]. Thèse de Bordeaux 1901-02,

Actuellement les chirurgiens, les oto-rhino-laryngologistes, les ophtalmologistes utilisent journellement l'alkaloïde de la coca.

En chirurgie oculaire, le procédé le plus employé est celui des instillations dans le cul-de-sac conjonctival à l'aide d'une solution, de concentration variable de 1 p. 200 à 2, 3 et même 4 p. 100.

En rhinologie on a recours au badigeonnage avec une solution, ou à l'administration par voie nasale d'une poudre à base de cristaux de chlorhydrate de cocaïne.

En chirurgie générale, on pratique l'injection dermique, traçante, suivant la méthode de M. Reclus. La solution employée est à 1/100 et on peut en injecter 4, 6, 10, rarement 20 centimètres cubes.

On a proposé également, pour l'anesthésie de la portion sous-diaphragmatique du corps, l'injection sous-arachnoïdienne lombaire (méthode de Bier).

Enfin, quelques médecins combattent les douleurs de certaines sciatiques rebelles par des injections de cocaïne dans le cul-de-sac épidural.

Mais à peine la cocaïne était-elle entre les mains des expérimentateurs, qu'on s'aperçut bientôt de ses effets toxiques, et dès 1884 Moure et Baratoux ⁽¹⁾ pensent « qu'il est préférable de ne pas répéter trop souvent dans la même séance les attouchements faits à ce médicament et d'employer au début la solution faible à 10/100 ».

(1) Cités par Lemaire (Thèse de Bordeaux 1903-04).

L'année suivante, la cocaïnomanie est connue et déjà constituée. Shaw (74) de Saint-Louis écrit dans le *Medical Record*, en 1885 : « Pour certaines gens, rien n'est plus attrayant que l'usage habituel de la cocaïne. Elle dissipe le sentiment de fatigue et de lassitude corporelles ou intellectuelles et produit une délicieuse sensation de gaieté et de bien-être ».

En même temps O. Ewerts (27), de Cincinnati ; Ch. Hughes (41), de Saint-Louis ; Mattison (59), de Brooklyn ; Hammond (36), de New-York, écrivent dans le même sens. Et en 1887 un médecin américain, Frank Ring (29), devenue cocaïmane, décrit les symptômes qu'il a observés sur lui-même.

Depuis, l'intoxication cocaïnique a été étudiée par un grand nombre d'auteurs. Reclus (69), Erlenmeyer (26), Crothers (24), Lépine (50), Brouardel (13), Magnan (55), Vibert, etc, en ont bien analysé les symptômes, soit à l'état aigu, soit à l'état chronique.

Le cocaïnisme nasal est aussi ancien que l'emploi de la cocaïne en rhinologie, et ses effets généraux sont connus depuis longtemps. Par contre, on ne trouve nulle part, ni dans les observations ni dans les traités spéciaux, qu'il soit parlé d'accidents locaux dus à l'application de la cocaïne sur la muqueuse nasale.

En 1896 seulement, Broekaert (12), de Gand, rapporte l'observation d'un individu chez qui l'application de cocaïne sur la peau détermina des phénomènes de vésication, et il considère comme exceptionnels les accidents locaux dus à cet alcaloïde.

En 1908 Hautaut [38] signale, chez une cocaïnomane par voie nasale, une ulcération du vestibule narinal avec productions inflammatoires fibreuses, et une perforation du cartilage quadrangulaire.

La même année Laignel-Lavastine et Glénard [46] observent une perforation de la cloison chez un priseur de cocaïne.

Lubet-Barbon (1) a également constaté, ces dernières années, trois cas de perforation du cartilage de la cloison chez des cocaïnomanes.

Outre ces observations, nous avons pu, nous-même, en rassembler quelques autres, que nous exposerons à la fin de ce travail.

(1) Communication orale.

CHAPITRE II

Des effets physiologiques du chlorhydrate de cocaïne

« La cocaïne, dit le professeur Pouchet, [68], suspend l'activité de tous les éléments vivants au contact desquels on la met. A dose suffisante, c'est un véritable poison du protoplasma ; toutes les variétés du protoplasma sont touchées par la cocaïne, pourvu que le contact soit établi... En un mot, c'est un poison de tout ce qu'il y a de vivant ».

Et en effet, si l'on passe en revue les principaux systèmes et tissus de l'organisme, on voit qu'ils subissent d'importantes modifications du fait de l'action de ce toxique. Qu'on nous permette de les résumer brièvement.

Système nerveux. — La cocaïne semble affecter une prédilection spéciale pour les éléments nerveux.

Elle n'altère pas seulement les extrémités nerveuses périphériques pour produire l'analgésie, mais les centres eux-mêmes sont atteints.

Dans l'intoxication coainique, ce sont les cellules de l'écorce cérébrale qui réagissent les premières, donnant lieu à des phénomènes d'agitation motrice, d'hyperexcitabilité musculaire, à des attaques convulsives épileptiformes et hystériformes.

Les troubles sensitifs se manifestent par de l'anesthésie et de l'analgésie de la peau et des muqueuses, ou au contraire par de l'hyperesthésie, des contractures douloureuses, des crampes musculaires, etc.

Du côté des organes des sens, ce sont des troubles de la vue et de l'ouïe, et surtout des illusions et des hallucinations. Les objets apparaissent modifiés quant à leur grandeur, leur forme ou leur couleur ; ou bien ce sont des visions d'ombres, d'animaux, de figures humaines. L'ouïe hallucinée perçoit des bruits, des sons particuliers, des voix. Les hallucinations tactiles consistent souvent en des sensations de corps étrangers à la surface ou dans l'épaisseur de la peau et des muqueuses : vers, insectes, microbes, etc.

Les troubles de la cénesthésie sont des sensations d'absence, de déplacement, de chute, d'obstruction des organes.

Enfin les facultés intellectuelles sont progressivement et plus ou moins gravement altérées. C'est d'abord une période d'euphorie plus précoce et plus énivrante que celle qui succède à l'absorption de la morphine, et ana-

logue à celle des paralytiques généraux au début. A l'excitation primitive succède bientôt une phase de dépression se traduisant par l'affaiblissement de l'intelligence, la diminution ou la perte de la mémoire, des préoccupations délirantes qui prennent leur point de départ dans les hallucinations, affectent souvent la forme de persécution et peuvent aboutir à des impulsions diverses, parfois dangereuses pour la société.

Appareil respiratoire. — Sous l'influence de la cocaïne, la respiration est troublée dans son rythme. La fréquence des mouvements respiratoires est augmentée ; l'amplitude en est diminuée. A fortes doses on peut observer l'arrêt total de la respiration par tétanisation des muscles respiratoires.

Appareil circulatoire. Effets locaux de la cocaïne. — Des effets analogues se font ressentir sur la circulation. Après une période passagère de ralentissement avec abaissement de la tension sanguine, celle-ci s'élève bientôt, le pouls s'accélère, devient intermittent, et la courbe sphymographique montre la disparition du dirotisme et des petites oscillations qu'on observe dans la portion descendante du tractus artériel. Puis surviennent des sueurs diffuses avec un état syncopal et une angoisse extrême donnant le sentiment de fin prochaine.

La cocaïne exerce une action directe sur les vaisseaux sanguins et en particulier sur les petits vaisseaux et les capillaires au contact desquels elle est placée.

Appliquée sur la peau saine, elle ne détermine généralement à ce niveau aucun phénomène sensible. Mais déposées à la surface d'une muqueuse ou injectée dans le tissu cellulaire sous-cutané ou sous-muqueux, on constate localement un arrêt de la circulation avec anémie des tissus ; ces phénomènes d'anémie locale surviennent rapidement.

A quoi est dû cet arrêt de la circulation ?

Il est admis que sous l'influence de la cocaïne, il se produit une vaso-constriction des capillaires et une perte d'élasticité des vaisseaux, par irritation des nerfs vaso-moteurs. Pour certains auteurs, l'anémie résulterait simplement de cette vaso-constriction ; pour d'autres il faut tenir compte surtout de l'altération des éléments du sang.

De nombreuses expériences faites par Maurel [60] sur le sang de différents animaux et en particulier sur le sang humain, il résulte que, tandis que les globules rouges ne sont pas modifiés même par les plus fortes doses, les leucocytes sont tués par la cocaïne, ils perdent leur mobilité, prennent une forme sphérique, et leur consistance devient plus dure. Le phénomène de vaso-constriction se combinant à cette transformation leucocytaire, on conçoit que le diamètre des globules blancs modifiés peut devenir supérieur au calibre des capillaires, dont l'obstruction ainsi réalisée amène un arrêt ou tout au moins une gêne de la circulation. Cette gêne est d'ailleurs favorisée par le fait que les

hématies sont arrêtées par les globules blancs arrondis et plus consistants.

Quoi qu'il en soit, l'anémie locale due à l'action de la cocaïne peut devenir intense et donner lieu, si cette action est longtemps prolongée, à un ralentissement de la nutrition, puis à la mortification des tissus qui, n'étant plus irrigués et nourris par l'apport sanguin, sont frappés de nécrose. Si les eschares ainsi formées s'éliminent, il s'ensuit une perte de substance pouvant aboutir à l'ulcération.

Quelquefois la vaso-constriction et l'anémie ne sont pas les seuls phénomènes observés; on peut constater à leur suite une vaso-dilatation et une rubéfaction énormes. Brœckaert [12] rapporte que, chez un individu, l'application sur la peau d'une goutte d'une solution au dixième de chlorhydrate de cocaïne détermina une éruption avec production de vésicules, et compare les modifications produites à l'effet d'un vésicatoire. Il est probable, dans ces cas, que les petits vaisseaux, d'abord rétrécis, se relâchent et se dilatent, peut-être par épuisement des nerfs vaso-constricteurs irrités à l'excès.

Système musculaire. Sécrétions. Nutrition. —

Les muscles sont excités par les doses faibles, paralysés par les fortes doses de cocaïne.

Les sécrétions sont augmentées pendant la phase d'excitation, diminuées pendant la phase de dépression. On observe des troubles de la salivation, de la sécrétion urinaire, des modifications du foie consistant dans la

dégénérescence vacuolaire ou graisseuse de la cellule hépatique, dans la diminution du glycogène.

On note une excitation des échanges de l'économie, une augmentation des produits de déchet portant sur l'azote total, les chlorures, les sulfates, les phosphates. Mais, si l'action est prolongée, l'aliment d'épargne devient aliment d'usure et on assiste à la déchéance, à la misère physiologique.

CHAPITRE III

Du cocaïsme nasal. Considérations étiologiques.

La muqueuse nasale est, avec le tissu cellulaire sous-cutané, la grande voie d'absorption utilisée par les cocaïnomanes. Mais si le cocaïsme nasal, par ses symptômes généraux, ne diffère pas sensiblement du cocaïsme par injections hypodermiques, il présente dans son étiologie certaines particularités qu'il n'est pas sans intérêt de signaler.

Le cocaïsme nasal a une origine multiple et des causes variées.

Un premier groupe comprend des individus qui se mettent à absorber de la cocaïne dans un but thérapeutique, généralement à la suite d'une prescription médicale, et pour lutter contre une affection passagère ou

chronique des fosses nasales. Cette substance est, comme nous l'avons déjà signalé, d'un usage fréquent en rhinologie : par ses propriétés anesthésiques, vaso-constrictrices, et par l'action inhibitrice qu'elle exerce sur les sécrétions, elle peut rendre les plus grands services dans certains cas d'hyrorrhée et d'obstruction nasale, dans les coryzas, les rhinites hypertrophiques, etc. Elle est alors prescrite par le médecin, soit en solution plus ou moins concentrée, soit sous forme d'une poudre dans laquelle les cristaux de cocaïne sont généralement associés à un autre corps tel que le menthol. C'est à ce moment que, suivant l'expression de Lermoyez, [51] il faut crier au malade : « Gare à la cocaïne ! » car l'accoutumance est rapide : le premier badigeonnage ou la première prise en appellent d'autres ; la cocaïnomanie peut s'installer bientôt et ne pas tarder à devenir impérieuse.

La littérature médicale abonde en exemples de ce genre.

Il s'agit souvent de pharmaciens ou d'élèves en pharmacie, parfois de médecins qui, pris du moindre coryza et ayant sous la main de quoi le soulager, saupoudrent leurs fosses nasales d'un mélange cocaïné et ne peuvent bientôt plus se passer de ses effets bienfaisants.

D'autres font renouveler indéfiniment l'ordonnance une fois délivrée par un médecin. Tel ce malade, cité par Cléjat [20], qui, à la suite d'une opération dans le nez, faisait régulièrement, depuis quatorze ans, renouveler une solution au dixième, et qui, souffrant du mal de dents, n'hésitait pas à s'en badigeonner à la fois la

muqueuse nasale, les gencives et l'arrière-gorge.

Tarrius [78] rapporte l'observation d'un homme de 36 ans, atteint, depuis l'âge de 20 ans, d'asthme des foin et d'éternuements répétés qui lui rendaient impossible la vie sociale et mondaine. Après avoir vainement essayé la morphine, il expérimenta la cocaïne, l'achetant en gros et faisant lui-même ses solutions dont il se touchait les narines, les conjonctives et les gencives.

Il n'est pas rare de voir, dans un ménage, la contagion s'établir du mari à la femme ou inversement ; c'est la cocaïnomanie conjugale.

Les affections du nez ne sont pas les seules à commander l'emploi de la cocaïne. On sait qu'il existe des relations, encore assez mal déterminées d'ailleurs, mais réelles, entre l'appareil génito-urinaire et certaines zones de la muqueuse nasale, telles que le cornet inférieur et le tubercule de la cloison. La cocaïnisation de ces régions à l'aide d'une solution à 20 o/o par exemple, a souvent amené la disparition des douleurs lombéo-abdominales de la dysménorrhée. Il n'est pas impossible que la femme, ainsi soulagée par la cocaïne, en continue l'usage en dehors des douleurs menstruelles.

En somme, l'influence thérapeutique de la cocaïnisation de la muqueuse nasale est indiscutable. Mais là n'est pas l'origine principale de la cocaïnomanie nasale. Elle s'observe plus souvent encore chez les victimes d'une autre variété d'intoxication, les *morphinomanes*, soit qu'ils renoncent à leur passion pour lui en substituer une autre, soit qu'ils ajoutent une seconde intoxi-

cation à la première et absorbent simultanément et la cocaïne et la morphine.

Il s'agit parfois de sujets qui, dans le but de se démorphiniser, remplacent la morphine par la cocaïne. C'est ainsi que, dès 1878, Bentley eut l'idée de traiter les morphinomanes. Mais on s'aperçut bientôt des effets pernicieux de cette substitution. Non seulement la cocaïne ne faisait pas perdre aux malades le goût de la morphine, mais la nouvelle intoxication était de beaucoup plus funeste que l'autre. C'était, dit Erlenmeyer, « tomber de Satan en Beelzébut ».

D'ailleurs, la méthode employée le plus souvent dans ce cas est l'injection sous-cutanée ; aussi est-il exceptionnel de trouver dans cette catégorie des individus atteints de cocaïnomanie nasale.

A la vérité, les morphinomanes devenus priseurs de cocaïne n'ont jamais désiré se guérir de leur manie, mais assoiffés de sensations toujours nouvelles et les recherchant partout où ils s'imaginent qu'ils les trouveront, ils s'adressent à tous les poisons qu'ils rencontrent sur leur chemin : c'est la cocaïne qui a leurs préférences. Parfois ils se servent, pour s'administrer le toxique, de leur arsenal de morphinomane : la seringue de Pravaz remplit alors une double fonction. Le plus souvent toutefois, ils se contentent de priser directement les cristaux : l'aiguille, d'usage incommode, est alors bannie et remplacée par une petite tabatière, objet plus pratique, que la coquetterie masculine, et surtout féminine, peut d'ailleurs embellir à son gré.

Le sexe féminin, en effet, paie un lourd tribut à la cocaïne et au cocaïnisme nasal. Pour quelle cause ? Il ne nous appartient pas ici de le rechercher. Nous ne pouvons que constater les ravages produits par la cocaïne dans le monde féminin, surtout dans un monde féminin spécial, et nous sommes amenés à parler d'un autre groupe, d'un milieu bien déterminé qui est par excellence celui des priseurs de cocaïne.

Le véritable foyer de la cocaïnomanie nasale est dans les lieux où Paris, la nuit, s'amuse et fait la fête, dans les endroits, en d'autres termes, fréquentés par les femmes galantes.

Il n'est pas rare de voir, dans certaines brasseries de notre vieux Quartier latin, les femmes qui en sont les habituées, prendre dans leur sac une petite boîte dont elles s'introduisent voluptueusement le contenu dans les narines. Les étudiants qui fréquentent ces établissements savent bien que ces femmes aux yeux excavés et cernés, à l'air fatigué, sont des intoxiquées et prisent de la cocaïne.

Cette pratique, déjà répandue dans le quartier relativement calme de la montagne Sainte-Genève, l'est davantage dans les établissements nocturnes éparpillés sur les pentes plus joyeuses de la butte de Montmartre et où s'amasse chaque soir une foule avide de plaisir. C'est là, qu'au milieu de la musique des orchestres, des rires joyeux et des danses folles, la cocaïnomanie étend ses ravages.

Le nombre de ses victimes est si considérable, qu'il

n'est pour ainsi dire aucune des habituées qui n'ait, à un moment donné, fait un usage plus ou moins fréquent et plus ou moins continu du toxique. On voit souvent les morphinomanes ajouter la cocaïne à la morphine et donner à la fois satisfaction à leur double passion. Beaucoup d'entre elles ont goûté à tous les poisons, la morphine, les pipes d'opium, le haschisch, l'éther. Il en est un certain nombre qui n'utilisent que la cocaïne, et en tous cas, c'est toujours cet alcaloïde qui a leurs préférences à cause des sensations agréables qu'il procure, et aussi à cause de la commodité de son absorption qui peut se faire en société sans nécessiter l'isolement obligé de l'injection sous-cutanée.

C'est généralement par imitation que ces femmes se mettent à priser de la cocaïne. Ayant vu une amie aspirer sa poudre, elles veulent en faire autant, soit pour en expérimenter les effets, soit par pur snobisme ; il est rare qu'elles échappent à la contagion. Telle personne (1), observée par nous, entra dans cette voie par forfanterie. Une de ses amies lui ayant confié que la cocaïne ne lui réussissait pas, elle voulut lui prouver la résistance de son tempérament en se mettant à priser à son tour.

L'essai une fois tenté, l'habitude est bientôt prise. Cette constatation s'explique facilement si l'on considère les effets bienfaisants de la cocaïne, de beaucoup supérieurs, paraît-il, à ceux fournis par la morphine. Les premiers se traduisent par une sensation de bien-être gé-

(1) Observation IV.

néral, une intense joie de vivre, un sentiment de contentement de soi et des autres qui fait oublier les tristesses et les chagrins de l'existence, une vivacité inaccoutumée de l'esprit que ouvre l'intelligence aux idées les plus belles et les plus variées. La dépression et l'abattement, il est vrai, suivent de près cette phase plus ou moins longue d'euphorie ; mais le bien-être acheté à ce prix n'est pas trop cher payé, et une nouvelle dose de cocaïne le fera facilement reparaitre.

Variable est l'avenir de ces cocaïnomanes.

Les unes, après quelques essais cessent brusquement l'usage du toxique sans laisser le temps à leur passion de devenir trop exigeante. La cocaïne, d'ailleurs, offre cette particularité, contrairement à la morphine, de pouvoir être abandonnée sans troubler trop gravement l'organisme. D'autres entretiennent leur habitude et et finissent par ne plus pouvoir s'en passer. Elles ne pensent plus qu'à satisfaire leur besoin toujours plus impérieux et arrivent à absorber des quantités de cocaïne qui peuvent atteindre jusqu'à 2, 3 et 4 grammes par jour. Elles se procurent le plus souvent le toxique chez un pharmacien, où elles n'hésitent pas à faire fonctionner la sonnette de nuit quand leur provision est épuisée. Une jeune femme dont nous publions l'observation ⁽¹⁾ achetait ainsi sa poudre au prix de 2 francs le gramme le jour, et 3 fr. la nuit. D'autre part, les chasseurs et employés de certains établissements montmartrois tien-

(1) Observation IV.

nent un véritable commerce de cocaïne qu'ils vendent à leurs clientes à des prix variant, suivant les cas, peut-être suivant le besoin, de 2 à 5 francs le gramme.

Le produit ainsi débité est-il du chlorhydrate de cocaïne pur? Le fait n'est pas douteux quand il s'agit d'une poudre acquise chez un pharmacien et portant le nom d'une marque spéciale. Mais parfois la chose est loin d'être prouvée, surtout quand on se trouve en présence d'un sujet prisant quotidiennement le contenu d'une boîte de dimensions invraisemblables. La cocaïne se trouve alors mélangée à une autre substance, inoffensive, telle que le sucre en poudre ou l'acide borique pulvérisé.

Dans ces milieux de plaisir où souffle un vent de prostitution, les femmes ne sont pas les seules à se cocaïniser. On trouve des priseurs de cocaïne parmi les musiciens d'orchestre, comme celui dont nous rapportons plus loin l'observation⁽¹⁾, et qui joignait à sa profession avouée celle, beaucoup moins honorable, de donner chaque soir l'hospitalité à une femme galante. Mais là encore, l'influence de la femme se fait sentir, et il est fréquent, d'ailleurs, de rencontrer des individus ayant été initiés par leur maîtresse aux plaisirs de la cocaïne.

Les priseurs de cocaïne se rencontrent aussi parmi des sujets qu'on range en pathologie mentale dans la catégorie des *dégénérés* et des *déséquilibrés*. Ces hommes, qui peuvent posséder une bonne instruction et avoir reçu une éducation soignée, se font remarquer par une

(1. Observation VI.

instabilité très grande dans leurs décisions, dans leurs actes et dans leurs professions. Ce sont des menteurs, des ambitieux, des orgueilleux, atteints souvent de perversions morales. Incapables de résister à leurs passions ils sombrent rapidement dans le vice. Ils sont désignés à l'avance pour être la proie de l'opium et de la cocaïne ; leur intoxication accentuée encore la gravité de leur état mental, et ils viennent parfois échouer dans les asiles d'aliénés.

En résumé, le cocaïnisme nasal reconnaît une étiologie assez complexe. Dans une première classe on peut placer les priseurs de cocaïne d'origine thérapeutique. Les autres classes, comprenant les morphinomanes, les courtisanes, les dégénérés, ont ensemble des rapports si étroits et sont soumises à tant d'influences communes, qu'à notre avis on ne doit pas les séparer.

CHAPITRE IV

De la perforation de la cloison.

Symptômes et Pathogénie.

Ainsi que l'ont montré un certain nombre d'auteurs, les priseurs de cocaïne, tels que nous les avons décrits dans le précédent chapitre, présentent tous à un degré plus ou moins élevé les troubles généraux qui sont l'apanage de l'intoxication cocaïnique aiguë ou chronique.

Il n'est pas rare d'observer chez eux des accidents locaux consistant ordinairement en une destruction de la cloison nasale et en une perforation du cartilage quadrangulaire. Nous croyons même pouvoir affirmer que le fait est assez fréquent.

M. Lubet-Barbon (1) nous a dit en avoir observé récemment trois cas chez des cocaïnomanes d'un rang social assez élevé.

(1) Communication orale.

Mais c'est chez les priseuses montmartroises qu'on trouve le plus souvent ces accidents locaux.

Malheureusement il est assez difficile de se livrer à une enquête sérieuse pour se mettre à la recherche des cloisons perforées. Ces femmes à l'abord facile deviennent méfiantes dès qu'on leur parle de cocaïne ; on a toutes les peines du monde à gagner leur confiance et à les amener à se laisser examiner les fosses nasales. Bien des cas sont donc forcément méconnus ; mais, nous en sommes persuadés, ils existent en grand nombre.

La perforation nasale se produit généralement après des prises abondantes, nombreuses et répétées. Elle survient, suivant les sujets, au bout d'un temps qui peut varier de 6 à 12 mois.

Certains individus ont parfaitement connaissance de cette perforation. Quelquefois même, ayant l'habitude d'introduire à chaque instant le doigt dans leur nez pour remédier à un prurit persistant, ils se souviennent d'avoir ramené par le grattage des débris épithéliaux, et d'avoir suivi ainsi l'évolution du processus destructif.

D'autres en ignorent complètement l'existence, et sont tout surpris lorsqu'on leur apprend qu'il s'est formé un trou de communication entre les deux fosses nasales. Ils n'en sont pas gênés au point de vue fonctionnel, et se rappellent seulement parfois avoir eu de légères épistaxis.

La perforation étant constituée, elle siège sur un point de la cloison qui correspond toujours au squelette cartilagineux. Ni la lame perpendiculaire de l'éthmoïde,

ni le vomer ne sont atteints. Seul le cartilage quadrangulaire est frappé de nécrose. La forme est arrondie ou ovalaire, et les dimensions varient de quelques millimètres à plus d'un centimètre.

Dans la plupart des cas, les bords de l'orifice sont amincis, nets, réguliers, lisses, sectionnés comme à l'emporte-pièce.

Dans une observation de Hautant [38], l'ulcération qui fut le point de départ de la perforation était accompagnée de productions fibreuses analogues à de petits polypes durs.

Presque toujours la muqueuse nasale est pâle, anémiée dans toute son étendue. Il peut arriver qu'au contraire elle soit rouge et congestionnée. Ordinairement lisse, elle peut être le siège d'une desquamation épithéliale, comme dans une de nos observations, où la cloison et la sous cloison étaient couvertes de minces pellicules.

Quelle est la pathogénie de ces accidents ? Autrement dit la cocaïne peut-elle à elle seule provoquer les lésions destructives que nous venons de décrire ? La question n'est pas tranchée d'une façon définitive. On sait que la perforation du septum est un fait fréquent en rhinologie, et que bien des causes peuvent la produire, comme nous essaierons de le montrer plus loin.

M. Lubet-Barbon n'attache pas une importance exagérée à l'action nécrosante de la cocaïne. Selon lui, les porteurs de perforations sont toujours des « nasaux », dont l'affection nasale, aidée accessoirement par la co-

(1). Communication orale.

caïne, et beaucoup plus par le grattage, est le véritable point de départ de la perforation

M. Haultant accorde une valeur plus grande à l'action vasico-constrictrice de la cocaïne, et pense qu'il est possible que l'emploi de cette substance finisse par déterminer une destruction des éléments anatomiques de la cloison.

En somme, la cocaïne, tous les auteurs l'admettent, est un vaso-constricteur énergique. Par l'anémie intense qu'elle provoque, elle peut déterminer des troubles trophiques allant jusqu'à la mortification des tissus. D'autre part le grattage peut se faire l'auxiliaire du toxique en permettant l'élimination des éléments frappés de mort, et devenir ainsi un agent assez important de la perforation. Aucun cocaïnomanie, du reste, n'est en mesure d'affirmer d'une façon catégorique qu'il n'a jamais mis le doigt dans son nez.

CHAPITRE V

De la perforation de la cloison. Diagnostic différentiel.

En présence d'une perforation du septum, il convient de rechercher s'il faut incriminer l'action de la cocaïne, ou si au contraire il n'est pas possible d'expliquer autrement le phénomène.

De très nombreuses affections peuvent en effet donner lieu à un processus destructif du côté du nez, et, par sa fréquence, la *syphilis* doit être placée au premier rang. On a même cru pendant longtemps qu'elle était la seule cause de perforation.

Les accidents primitifs sont très rares. Leykine [52] signale un cas où le chancre siégeait sur le cornet inférieur gauche et s'étendait jusque sur la cloison. L'ulcération n'aboutit d'ailleurs pas à la perforation et guérit par le traitement mercuriel.

La syphilis tertiaire, au contraire, est si fréquente,

qu'on a pu dire avec raison que « la gomme adore le nez ».

La gomme peut siéger au niveau du cartilage, mais, la syphilis ayant une prédilection marquée pour le tissu osseux, on la trouve presque toujours au niveau de l'ethmoïde ou du vomer. C'est là que, après une évolution plus ou moins rapide et généralement ignorée du malade, le rhinologiste observe la perforation. La gomme ayant, dans la plupart des cas, pris naissance entre la muqueuse et le périoste ou le périchondre, a d'abord provoqué un gonflement, un mamelonnement de la muqueuse, puis s'est ramollie et ulcérée. Le sujet se rappelle parfois avoir éprouvé des douleurs localisées à la face, ou en demi-casque ; il a, d'ordinaire, mouché des croûtes purulentes d'une odeur repoussante.

La perforation est irrégulière, ses bords sont épais, ulcérés recouverts de croûtes verdâtres.

L'effondrement du nez est la règle, et donne lieu aux déformations bien connues du nez en « lorgnette » ou en « pied de marmite ».

En somme, le diagnostic est facile : il repose surtout sur la marche spéciale et rapide de l'ulcération, et sur la localisation ordinaire au squelette osseux.

La *tuberculose* est capable de provoquer, elle aussi, mais plus rarement que la syphilis, des pertes de substance du septum.

La perforation tuberculeuse proprement dite, presque exceptionnelle, débute par une ulcération fongueuse, à bords déchiquetés, parsemée de granulations jaunâtres,

semblables à celles que Trélat a décrites sur les ulcérations tuberculeuses de la langue. L'état général est mauvais et le malade est emporté rapidement du fait d'une tuberculose viscérale.

Le *lupus* perfore plus souvent la cloison, Il respecte toujours l'os. L'ulcération est cerclée de bourgeons gris jaunâtres, et précédée de tubercules et de nodosités sur la muqueuse de la cloison cartilagineuse. Il existe généralement un *lupus* de la face concomitant.

Les *différentes affections du nez* peuvent aboutir à une perforation. L'*ulcère perforant* s'accompagne de petites croûtes prurigineuses et n'atteint jamais le squelette osseux.

Le *rhinosclérome*, la *rhinite atrophique*, le *sarcome* et les *tumeurs des fosses nasales*, les *polypes muqueux* peuvent détruire la cloison.

Certaines perforations se produisent spontanément au cours des *maladies infectieuses*. Trousseau (1) cite le cas observé, par Roger, d'un jeune homme qui eût une perforation du cartilage pendant une convalescence de *fièvre typhoïde*. Dieulafoy (2) rapporte un cas analogue, et Hubbard (3) a observé deux sœurs qui eurent toutes deux une perforation à la fin d'une dothiéntérie.

Le même phénomène a été constaté au cours de la *diphtérie*, de la *variole*, de la *lèpre*. Dans ce dernier cas, la perforation se fait par résorption interstitielle du cartilage, et les malades n'éliminent pas de séquestres. Le septum osseux est souvent détruit.

(1, 2 et 3) Cités par Félix [28]. Semaine médicale 1904.

Moncorge (1) a observé une perforation au cours du *mal de Bright*. On en a signalé chez des tabétiques, et, le traitement spécifique ayant été sans résultat, on a pensé qu'il s'agissait d'un trouble trophique analogue au mal perforant plantaire (Barrs) (2).

Il existe une perforation qui ne relève d'aucune diathèse grave, et sur laquelle a insisté Gougenheim [32]. D'origine catarrhale, elle survient au cours de la *rhinite chronique*. Au début la muqueuse est congestionnée ; bientôt il se forme une croûte qui se détache en provoquant des épistaxis. La cloison s'amincit et se perforé. Les bords de l'orifice sont jaunâtres, taillés en biseau, recouverts de croûtes. L'évolution est longue.

L'irritation habituelle de la cloison par le doigt ou un corps étranger pourrait amener une ulcération et même une perforation. Courtade a observé le cas chez plusieurs jeunes garçons qui avaient la manie de se gratter sans cesse le nez.

Enfin il faut savoir qu'il existe des *perforations professionnelles*.

On les trouve chez les ouvriers des fabriques de ciments, qui enlèvent avec l'ongle le ciment déposé à l'entrée des fosses nasales ;

Chez les ouvriers qui se servent de sels de chrome, dans la préparation des chromates, des allumettes suédoises. La charpente osseuse peut alors être détruite ;

Chez ceux qui travaillent dans les fabriques d'allu-

(1 et 2) cités par Félix, (28)

mettes : la perforation est attribuée par les uns au phosphore, par d'autres à l'acide sulfureux ;

Chez les ouvriers des industries où l'on emploie l'arsenic (vert de Schweinfurt), l'acide chlorhydrique, l'acide azotique.

D'après cette longue liste des différentes perforations nasales, et d'après leurs caractères particuliers, on voit qu'il est facile d'en isoler celles qu'on observe chez les priseurs de cocaïne. Un nouvel élément de diagnostic nous est d'ailleurs fourni par ce fait, exposé au chapitre suivant, à savoir le traitement de ces perforations par la suppression pure et simple de la cocaïne.

CHAPITRE VI

Pronostic. Traitement

Soumise à l'action sans cesse renaissante des doses toujours renouvelées de chlorhydrate de cocaïne, la perforation des priseurs incorrigibles n'a aucune tendance à guérir. Loin de diminuer, elle ne fait que s'étendre, et elle pourrait arriver à occuper toute la surface du septum cartilagineux.

Cet orifice, d'ailleurs, n'est la cause d'aucune gêne et les déformations extérieures du nez n'ont pour ainsi dire jamais été observées ; aussi les cocaïnomanes, alors même qu'ils connaissent l'état de leur cloison, ne désièrent-ils pas y remédier.

Cependant il existe un traitement de la perforation, qui consiste dans la suppression radicale du toxique.

Hautant [38] ayant, pendant quelque temps, supprimé la cocaïne chez sa malade (¹), l'ulcération s'améliora, se

(1) Observation I.

mit en voie d'épidermication et de disparition. La reprise de la cocaïne fit réapparaître les accidents.

La malade (1) observée à Lariboisière en novembre 1911 fut soumise à la décocaïnisation, et sa perforation diminua sous l'influence de ce simple traitement. Des dimensions d'une noisette, elle était réduite, au bout d'un mois, à celles d'une grosse épingle noire. L'obturation complète n'a pu être constatée, la malade ayant quitté trop tôt l'hôpital et n'ayant pu être retrouvée ensuite. Mais il est permis de penser, en présence de ces faits, que la cessation des prises peut amener une occlusion entière de la perforation.

La décocaïnisation ne doit pas être progressive, mais brusque. Au contraire de ce qui se passe pour la morphine, l'économie n'a pas trop à souffrir de ce traitement radical. « Je ne pense pas, dit Hammond [36] de New-York, qu'il existe un seul exemple de cocaïnomanie dans lequel le malade ne puisse, s'il le veut et quand il le veut, renoncer à sa passion ».

Le mot est assurément exagéré, et le malade ainsi traité a incontestablement besoin d'un certain courage pour ne pas retourner à ses prises. Mais en somme l'organisme s'en accommode assez bien et cette méthode doit être employée de préférence à toute autre.

(1) Observation III.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

A. HAUTANT. — *Tribune Médicale*, 22 août 1908

Mme V..., âgée de 40 ans, est morphinomane et cocaïnomanie. Elle ne prend plus actuellement qu'un gramme de morphine par jour en lavement. Elle a commencé il y a cinq ans, à priser de la cocaïne pour lutter contre l'obstruction nasale d'une rhinite à bascule. Depuis cette époque, et surtout depuis un an, elle prise environ 60 grammes de cocaïne par mois.

Les premières prises dit-elle, ont déterminé des hémorragies nasales, puis un écoulement séreux abondant. L'effet était d'abord plutôt désagréable. Puis l'accoutumance s'est établie peu à peu, et la sensation d'excitation procurée par la cocaïne a conduit la malade à la cocaïnomanie.

Il y a deux ans environ, sans motif apparent, survint une ulcération de l'orifice narinal gauche par lequel la malade prise toujours la cocaïne. Cette ulcération prend rapidement un aspect infundibulaire, et au fond de cet entonnoir se développent de petites tumeurs fibreuses, sortes de polypes durs qui obstruent l'entrée des fosses nasales et donnent à la voix

un timbre fortement nasonné. Il n'y a jamais eu de douleur, de tuméfaction ou de rougeur de la racine du nez ; la malade n'a pas mouché de pus mais seulement beaucoup de sérosité ; elle n'a pas éliminé de séquestre. L'ulcération vestibulaire et l'obstruction nasale ont subi des oscillations très variables ; par moment elles disparaissaient presque complètement et ces périodes d'amélioration ont toujours coïncidé avec la diminution ou la suppression momentanée de la cocaïne pour réapparaître avec elle.

Actuellement cette ulcération a envahi toute la face interne du vestibule narinal gauche, où elle s'enfonce comme un infundibulum. Elle est exactement limitée au pourtour du bord libre de la narine, où elle apparaît comme un liséré. Elle est tout à fait superficielle. La surface est légèrement granuleuse, un peu saignante, comme si les papilles dermiques étaient mises à nu.

Au fond de cet infundibulum, se trouve la tête du cornet inférieur gauche, à la partie inférieure de laquelle est implantée une tumeur fibreuse dure, insensible et sans revêtement muqueux. Cette tumeur, extirpée, se présente à l'examen histologique comme formée d'un squelette conjonctivo-vasculaire adulte, sans autre particularité que celle de ne présenter aucun point de revêtement épithélial ; elle n'a aucun caractère permettant de penser à la syphilis ou à la tuberculose ; il s'agit simplement d'une production inflammatoire banale.

Après l'ablation de cette tumeur fibreuse, on peut examiner facilement l'intérieur des fosses nasales. On est frappé tout d'abord par l'aspect blanc, exsangue de toute la muqueuse ; la muqueuse des cornets est comme rétractée et collée contre le squelette osseux, sans que celui-ci présente aucune altéra-

tion. La cloison est largement perforée au niveau du cartilage quadrangulaire presque entièrement disparu, mais il n'y a aucune atteinte de la partie osseuse de cette cloison. Extérieurement la pointe du nez est affaissée, épatée.

A droite, la narine ne présente aucune altération ; la malade n'y a d'ailleurs jamais introduit de cocaïne. L'aspect de la muqueuse est également blanc et anémié. Il n'y a pas de lésions du cavum, de la voûte palatine, de la gorge ou du larynx.

Légère adénopathie sous-maxillaire bilatérale.

Le diagnostic était hésitant, lorsque la marche de l'affection nous fit songer à l'influence de la cocaïne. En effet, ayant enlevé la production fibreuse qui obstruait le nez, la malade resta une dizaine de jours sans user de cocaïne ; de suite l'ulcération s'améliore, elle perd son caractère de surface sanguinolente, s'épidermise et tend à disparaître. Mais l'introduction nouvelle de la cocaïne fit revenir de suite ulcération et productions polypoïdes. Une seconde intervention fit encore disparaître ces proliférations : la malade cesse momentanément la cocaïne, l'ulcération s'améliore très nettement ; mais le besoin de cocaïne, trop tenace, détermina une seconde fois le retour des accidents locaux du nez.

Il est impossible d'éliminer avec certitude chez cette malade l'hypothèse d'une syphilis nasale. Mais il est vraisemblable que la cocaïne tout au moins jouait un rôle dans la genèse des manifestations nasales qu'elle présentait. Beaucoup d'arguments plaident en effet en faveur cette opinion ; le siège narinal de l'ulcération, et uniquement sur la narine par où la cocaïne est introduite ; la superficialité des lésions avec l'apparence d'une destruction épithéliale ; l'aspect exsangue du reste de la muqueuse ; l'intégrité absolue du squelette ; l'ab-

sence de toute histoire de syphilis nasale et d'autres localisations, et surtout la marche régressive des lésions qui s'améliorent et tendent à disparaître avec la suppression de la cocaïne, pour se manifester à nouveau avec le retour de la cocaïnomanie.

OBSERVATION II

LAIGNEL-LAVASTINE et R. GLÉNARD. *Tribune médicale* 1908

Il s'agit d'un jeune homme de 20 ans, Maurice D... entré le 10 août 1908 à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le Professeur Gilbert Ballet, pour subir une double cure de décocainisation et de démorphinisation.

Petit morphinomane, il ne prend guère que 5 à 10 centigrammes de morphine *pro die*. Par contre grand cocaïnomanie, il prise chaque jour un gramme et demi de cocaïne.

Il a été initié aux plaisirs de la morphine et de la cocaïne par sa maîtresse.

Il ne se fait en vingt-quatre heures qu'une ou deux piqûres de morphine, et le premier jour de son séjour à l'hôpital s'en passe même complètement. Il ne peut, au contraire, supporter quelques heures l'abstention de cocaïne ; il réclame à la surveillante la dose de cocaïne qui lui est permise et avec une petite spatule qu'il tient de sa main droite, il porte à la narine gauche, contre la cloison, une pincée de poudre qu'il aspire.

Dans son visage blafard, son nez est gros et épaté, la narine gauche paraît plus large que la droite et on y constate, en même temps que l'aspect blanc de la muqueuse, une perforation ovale permettant l'entrée d'une pointe de crayon

et creusée au dépens du cartilage quadrangulaire de la cloison. La voix du malade est nasonnée ; il prétend l'avoir toujours eue ainsi, mais il est très vraisemblable que la cocaïnomanie nasale n'y est pas étrangère.

En dehors de ces troubles, on ne constate que les symptômes communs de névropathie : irascibilité, impétuosité d'humeur, réflexes tendineux forts.

Ne voulant pas se soumettre au régime de l'hôpital, le malade partit au bout de deux jours, ce qui ne nous permit pas de pratiquer l'examen complet du nez.

OBSERVATION III

Observation prise par le Docteur L. PETIT et nous même dans le service de M. le Docteur LAUNOIS.

Jeanne D..., âgée de 39 ans, fleuriste, entre le 18 novembre 1911 à l'hôpital Lariboisière, salle Trousseau, n° 37, parce que depuis dix mois elle s'adonne à la manie de priser de la cocaïne en poudre, et qu'elle prie avec instances qu'on l'en débarrasse.

Elle a fait, il y a un an, un séjour de deux de deux mois dans le service pour une phlébite de la jambe droite. Cette phlegmatia était apparue d'ailleurs sans cause infectieuse nette, surtout du côté des organes génitaux. Il n'y avait eu ni fausse couche, ni intervention chirurgicale. L'enflure fut peu considérable, et il semble qu'on doive reconnaître à cette phlébite soit une origine rhumatismale, soit une origine variqueuse, car la malade a les veines des membres inférieurs notablement dilatées.

Quoiqu'il en soit, elle sortit de l'hôpital avant sa guérison complète. Pendant quelque temps sa jambe traîna un peu et continua à enfler facilement, le soir surtout, au niveau des malléoles, à la suite de la moindre fatigue.

C'est quelques jours après sa sortie qu'elle fit pour la première fois usage de la cocaïne.

À la suite d'un gros ennui, causé, dit-elle, par une grande déception, elle ne reprit pas le travail auquel elle se livrait auparavant dans une maison de fleurs naturelles aux Halles.

Dans l'intention d'oublier ses peines, elle se rendit un soir dans un établissement montmartrois, où elle vit, à côté d'elle, une femme priser de la cocaïne. Elle lui en demanda une pincée qu'elle pris à son tour, et renouvela plusieurs fois la chose dans la soirée. Le toxique fit bientôt son effet, qu'elle analyse, du reste, assez difficilement.

Le fait qui domine surtout chez elle dès ce moment, c'est qu'elle se sentit peu à peu envahir par une euphorie complète : sensation de bien-être, de joie intérieure, avec besoin de la manifester par une expansion bruyante. Elle fut en proie à une agitation extrême avec une volubilité dans la parole et un besoin de mouvement qui l'aurait entraînée à danser si sa jambe ne l'eût encore fait souffrir. Quant à ses chagrins, ils s'étaient envolés, et elle avait même la sensation vague qu'elle n'y penserait plus jamais et qu'elle n'en souffrirait plus. Toutes ces sensations, elle se les remémorait très bien le lendemain à son réveil, à la suite d'un sommeil lourd et agité, analogue à celui de l'ivresse.

Pourtant, au souvenir de cette gaité passagère, de cet oubli bienfaisant de la veille, elle éprouva le besoin irrésistible de recommencer.

Elle apprit à se procurer de la cocaïne auprès du chasseur

de l'établissement qui en tenait un petit commerce et vendait le produit 2, 3 et jusqu'à 5 francs le gramme, suivant probablement le besoin plus ou moins urgent de la cliente.

Au début, 1 gramme lui faisait à peu près 12 à 14 heures. Elle commençait ses prises le soir vers six heures, continuait toute la nuit et ne s'endormait que vers six ou sept heures du matin pour se réveiller le soir vers cinq heures et recommencer comme la veille.

Au début elle prenait sa cocaïne dans les établissements qu'elle fréquentait, au milieu du bruit, des amusements et des fêtes. Mais peu à peu, prenant conscience de son état, et craignant qu'on vit sur son visage la preuve de sa passion, elle rechercha la solitude, et prit l'habitude de rester chez elle. Elle constata alors en elle une activité anormale et une facilité au travail toute particulière. Toute la nuit elle accomplissait des travaux de couture très délicats, qu'elle n'aurait jamais pu faire auparavant. Elle semblait atteinte, dit-elle, de la monomanie de la couture.

La nuit entière ayant été ainsi occupée et la dernière parcelle de cocaïne absorbée, elle abandonnait son travail et se couchait quand venait le matin.

Pourtant le sommeil était loin de la gagner toujours. Elle était en proie à des sursauts brusques, à un énervement pénible et souvent, le sommeil la fuyant, elle prenait un livre et lisait. Elle reste ainsi deux ou trois jours de suite sans pouvoir dormir. Mais fatiguée, anéantie, lorsqu'elle trouve enfin le sommeil, c'est un sommeil pénible, agité.

A mesure qu'elle s'adonnait à sa manie, celle-ci devenait de plus en plus impérieuse, si bien qu'à son entrée à l'hôpital elle prisait 2 grammes de cocaïne par jour. Pourtant, malgré cette forte dose, elle dit n'avoir jamais eu aucune hallucina-

tion de la vue. Ses rêves même ne l'ont jamais frappée d'une façon particulière, et cependant elle nous apprend que des femmes atteintes de la même manie lui ont souvent narré leurs hallucinations, consistant surtout en apparitions de personnes n'existant pas en réalité.

On ne note pas non plus chez elle d'hallucinations de l'ouïe. Elle se plaint seulement de sifflements et de bourdonnements d'oreilles.

Mais elle présente des hallucinations tactiles. Elle a souvent l'impression que des gouttes de sueur lui coulent sur le corps, sensation accompagnée d'un sentiment de points froids, alors qu'elle se rend parfaitement compte qu'elle ne sue nullement.

Au point de vue de son psychisme, on ne relève chez elle rien d'anormal. Elle s'analyse très bien, sauf parfois quelques contradictions et un certain degré de confusion dans les idées. Elle reconnaît elle-même, d'ailleurs, avoir perdu la mémoire. Elle se rappelle plus difficilement les faits récents que les faits anciens, et elle oublie facilement les noms, les adresses et les dates. Elle lit sans grande attention, et ne se rappelle plus le lendemain ce qu'elle a lu la veille. L'écriture devenue difficile, a été pendant quelque temps impossible, par suite de mouvements involontaires, brusques et saccadés.

Son caractère à l'entendre, est changé. Tandis qu'autrefois elle était d'un commerce peu agréable et portée à la colère, elle s'est calmée depuis qu'elle se cocaïnise, elle est devenue plus sociable. Mais il s'agit vraisemblablement d'une indifférence complète pour tout ce qui se passe autour d'elle et aussi d'un certain degré d'apathie et de fatigue physique et psychique à la fois.

Physiquement on se trouve en présence d'une femme au teint pâle, à l'air fatigué, aux traits tirés. Elle a changé beau-

coup en quelques mois, et ses cheveux ont commencé à blanchir. Elle a maigri d'une façon rapide et excessive ; elle prétend qu'en six mois elle a diminué de 26 kilogs, de 78 à 52.

L'appétit lui fait entièrement défaut, et il lui est arrivé de rester deux jours sans manger. Elle serait restée plus longtemps sans prendre aucune nourriture si elle ne s'y était pas forcée. Outre l'anorexie, on note peu de chose du côté de l'appareil digestif, Le foie déborde de deux travers de doigts le rebord des fausses côtes ; la rate n'est pas perceptible.

L'abdomen est manifestement ballonné, phénomène qui ne daterait que de l'entrée de la malade à l'hôpital, depuis la cessation des prises de cocaïne. Depuis ce temps elle se plaint de flatulence.

La percussion révèle un léger météorisme.

Du côté du cœur, on note des palpitations vives, survenant par crises. Le cœur est normal, régulier, bien que son rythme soit accéléré. Le pouls bat à 104

On constate à la jambe droite la présence d'une ecchymose verdâtre. Les ecchymoses apparaîtraient spontanément sur toutes les parties du corps depuis l'établissement de la cocaïnomanie.

Au point de vue nerveux, on note seulement une hyperesthésie généralisée. Les reflexes sont normaux, et il n'existe aucune lésion des organes des sens.

L'appareil-génito-urinaire ne présente rien d'anormal.

L'examen rhinoscopique, pratiqué par Mlle le Dr Bouteil dans le service de M. le docteur Sébilleau, montre à la partie antérieure de la cloison cartilagineuse, et à mi-hauteur, l'existence d'une perforation ayant la forme d'une ellipse, dont le grand axe mesure 12 millimètres et le petit axe 8 millimètres environ. La muqueuse nasale, de coloration normale sur tout le reste de son étendue.

est pâle et exsangue au voisinage de la perforation. Les bords sont nets, taillés en biseau et non ulcérés.

Cet orifice n'a été la cause d'aucun trouble fonctionnel : la malade en ignorait même complètement l'existence.

Dès l'entrée à l'hôpital, on commence la *cure de décoïcainisation* au cours de laquelle la malade fait preuve d'une certaine volonté. Elle s'abstient de toute prise de cocaïne pendant un mois et demande seulement un peu de vaseline pour combattre la sécheresse dont son nez est le siège.

Elle présente toujours une asthénie marquée et est souvent gagnée par un sommeil invincible.

Le 19 décembre, l'examen rhinoscopique, de nouveau pratiqué, montre la perforation notablement diminuée. Ses dimensions sont réduites à celles d'une grosse épingle noire, ses diamètres n'étant plus que de 3 ou 4 millimètres.

On n'avait pas institué de traitement local.

Quelques jours après, la malade sort de l'hôpital, paraissant guérie de sa passion et remplie de bonnes résolutions pour l'avenir.

Depuis ce jour nous avons perdu sa trace.

OBSERVATION IV

(Observation personnelle)

M^{lle} L..., âgée de 19 ans, observée le 14 mars 1912, est née à Nantes, où elle a résidé jusqu'à l'âge de 16 ans. Venue ensuite à Paris, elle ne tarda pas à y vivre d'une existence toute spéciale, passant les nuits entières dans des lieux d'amuse-

ments et de plaisirs, et, rentrée chez elle épuisée, consacrait tout le jour à réparer ses forces.

Elle fit de bonne heure la connaissance d'une jeune personne qui avait commencé à priser de la cocaïne, mais dont les premières tentatives avaient été malheureuses, la poudre toxique ayant occasionné de légers accidents à la fois locaux et généraux, dont nous n'avons pu, d'ailleurs, apprendre la nature. Mlle L., qui était de constitution robuste, voulut prouver à son amie qu'elle était d'un tempérament plus résistant, et se mit à son tour à absorber par la voie nasale des doses d'abord faibles de cocaïne.

Au début, les effets furent à peu près nuls, les prises n'étant pas suffisamment importantes. Mais Mlle L., qui achetait le produit chez un pharmacien au prix de 2 fr. le gramme le jour, et 3 francs la nuit, pensa avec une certaine logique qu'une dose qui valait 3 francs le gramme devait forcément engendrer un bien-être immense. Elle augmenta donc progressivement ses doses, qui atteignirent 1, 2, puis 3 grammes par jour — ou plutôt par nuit — et les sensations recherchées arrivèrent rapides et variées suivant les jours.

C'étaient généralement des phénomènes d'excitation douce et extrêmement agréable, se traduisant par une vivacité de pensées particulière, une acuité inaccoutumée des facultés sensitives et intellectuelles, quelquefois par une sorte de puissant réconfort, effaçant les tristesses et les amertumes qu'elle trouvait parfois au milieu de ses plaisirs. D'autres fois, au contraire, c'étaient, se présentant à son esprit, des idées sombres, accompagnées de crises de larmes ou d'accès de colère. Cet état de dépression, parfois primitif, faisait ordinairement suite à la phase d'excitation. Le sommeil, attendu vainement pendant de longues heures, survenait enfin, lourd et abruti-

sant, avec des cauchemars épouvantables, et au réveil, qui était pénible, la malade, n'ayant pas trouvé de repos, se sentait sans forces et sans courage.

Mlle L... ne s'est pas toujours contentée de la cocaïne. Etant, l'an dernier, la maîtresse d'un grand opiomane, elle essaya de fumer quelques pipes d'opium : mais, n'y trouvant pas les satisfactions désirées, elle cessa au bout de peu de temps.

Elle prétend aussi avoir goûté au haschisch, mais ses renseignements à cet égard sont peu précis.

Son récit, au contraire, semble véridique, lorsqu'elle raconte comment elle respira les vapeurs de l'éther et les effets qu'elle en ressentit — effets si bienfaisants, qu'elle n'a jamais depuis éprouvé aucune jouissance qui leur fût comparable. La malade était plongée dans un demi-sommeil où venaient la bercer les rêves les plus beaux. Il lui semblait entendre, dit-elle, « comme un carillon magnifique dans les oreilles, et il lui semblait qu'on lui étirait tous les nerfs... » Et le geste qui accompagne ces paroles donne en effet l'impression de la volupté infinie.

Mais l'opium, le haschisch et l'éther n'ont marqué dans sa vie que des épisodes passagers. Mlle L... n'est plus qu'une cocaïnomanie, qui prise quotidiennement 1 gr. 50 de cocaïne et qui en a prisé jusqu'à 3 grammes.

Actuellement elle a l'aspect d'une personne triste et fatiguée. Sa démarche est lasse. Elle dit avoir maigri de 12 kilogs depuis deux ans.

A l'inspection de nez, on remarque, recouvrant la partie inférieure de l'aile du nez, la face inférieure du lobule et la sous-cloison, une rougeur assez uniforme, non luisante, au niveau de laquelle la peau semble se desquamer légèrement

en de mines pellicules. Si l'on examine intérieurement les fosses nasales, on retrouve cette rubéfaction avec tous ses caractères sur la paroi externe et sur la cloison. Sur cette dernière on voit une perforation complète, de forme ovale, à grand axe dirigé obliquement de haut en bas et d'arrière en avant, et dont la grosse extrémité supérieure est voisine de l'union du cartilage avec la lame perpendiculaire de l'ethmoïde. Les dimensions sont d'environ 4 et 3 millimètres. Les bords sont nets et bien découpés, de coloration rouge comme le reste de la muqueuse.

Mlle L. . . s'est aperçue, il y a un an, de cette perforation. Ayant éprouvé de légers chatouillements dans les fosses nasales, il lui arrivait souvent d'y introduire un doigt, et elle dit avoir alors ramené quelquefois « de petits bouts de peau » Depuis un an le processus de destruction a continué son œuvre, mais d'une façon très lente.

On ne note, par ailleurs, aucun symptôme permettant de soupçonner des accidents syphilitiques.

La malade n'est nullement gênée au point de vue fonctionnel par la présence de cet orifice anormal. Ce qui l'ennuie le plus, c'est d'avoir à l'état permanent la partie inférieure du nez un peu plus colorée que de raison — et elle ne semble pas disposée à entreprendre une cure de décocaïnisation.

OBSERVATION V

Communiquée par notre ami le Dr MOREAU

Mlle S. . . , âgée de 21 ans, sans profession, fréquente les établissements nocturnes de Montmartre. Elle est cocaïnomane

depuis deux ans et prise actuellement, par jour, une boîte de « pastilles Valda » d'une poudre cocaïnée.

Elle a eu des hallucinations visuelles et tactiles. Il lui semblait que des poules venaient la piquer de la pointe de leur bec.

Elle aurait eu des troubles du côté du larynx.

Elle présente, à 8 millimètres environ de l'orifice des narines, une perforation non ulcéreuse de la cloison. Les bords en sont lisses et bien découpés. La muqueuse, au voisinage, est pâle et anémiée.

Pas de traces visibles de syphilis.

OBSERVATION VI

Due à l'obligeance de notre ami le Dr BEAUSSART, médecin-adjoint des asiles de la Seine

B..., 27 ans, musicien d'orchestre, originaire de l'Aude. Taille moyenne, constitution plutôt faible. Pas de stigmates physiques de dégénérescence bien saillants.

Père, chirurgien-dentiste ; sans tare mentale bien accentuée, mais « de caractère bizarre ».

Grand'mère paternelle, alcoolique, coléreuse, emportée.

Mère, débile sans énergie, occupant toutefois une bonne situation dans une grande administration publique.

Frère aîné, musicien d'orchestre, morphinomane ; marié depuis quelques années ; a rendu sa femme morphinomane.

Sœur mariée à un commerçant ; serait entêtée, capricieuse

B... a eu deux fois la diphtérie dans son enfance, la fièvre typhoïde en 1903.

Bonne instruction ; correct, poli, mais par contre très menteur. Soutient avec assurance qu'il est resté trois ans à l'Ecole des Arts et Métiers d'Angers et qu'il en est sorti dans un bon rang, ce qui est absolument faux au dire même de la mère.

Réformé du service militaire pour « faiblesse de constitution. »

Instabilité manifeste au point de vue familial, social et professionnel. Impossibilité pour lui de vivre d'un métier régulier et suivi ; placé dans plusieurs maisons de commerce, il n'a pu y rester.

Dispositions pour la musique ; s'est mis à l'exemple de son frère, musicien d'orchestre. Vie mouvementée ; il fait de la musique dans les cabarets de nuit de Montmartre, dans les restaurants du Bois de Boulogne ; il voyage en Russie, en Allemagne, en Espagne.

En 1905, rhumatisme blennorragique ; piqûres de morphine, puis bientôt morphinisme chronique. Il tient le toxique d'un étudiant en médecine morphinomane. Moyenne de 0 gr. 50 par jour, maximum de 0 gr. 80 au bout de dix mois d'intoxication. Il fréquente une femme galante qu'il rend morphinomane.

Interné en mai et juin 1907 à Sainte-Anne pour désintoxication ; sorti guéri, il retombe quelques mois plus tard et ajoute à la morphine de la cocaïne pour tâcher de vaincre son engourdissement et sa frigidité. Prise 3 grammes par jour en moyenne.

Perforation de la cloison nasale, du diamètre d'une grosse lentille, à la hauteur des narines.

Nouvel internement à Saint-Anne de décembre 1909 à février 1910.

Morphinisme récidivé peu après la sortie de l'asile.

Abandon de la cocaïne ; doses de morphine faibles.

Arrêté le 22 septembre 1910 pour port d'armes et vagabondage spécial non démontré ; il donnait hospitalité à une femme galante qu'il rejoignait chaque nuit sur la voie publique, leur soirée terminée.

Interné à la suite d'une expertise médicale, et envoyé à Villejuif. Sorti en décembre.

Larges plaques cicatricielles bleutées sur les faces antérieures des cuisses et sur la fesse droite.

OBSERVATION VII

Communiquée par le docteur BEAUSSART

X. . . , profession libérale, 36 ans.

Même profession libérale de père en fils depuis plusieurs générations. Etudes secondaires et supérieures ; diplôme de Faculté.

Pas de renseignements sur l'hérédité, la jeunesse, et la conduite du malade jusqu'à environ 1902.

Marié et divorcé. Pas de stabilité dans sa profession ; vit surtout des à côtés de cette profession.

Inculpé de plusieurs délits qui, s'ils n'ont pas été tous consommés, indiquent du moins que la moralité du sujet n'était pas à l'abri de tout soupçon et qu'il avait agi de telle sorte qu'on avait pu lui imputer les méfaits dont il était accusé.

Soupçonné d'être l'auteur d'un crime et du vol d'une automobile à l'étranger, vers 1907.

Inculpé, la même année, d'escroquerie et de filouterie d'aliments dans une ville d'eaux.

En 1909, inculpé d'une nouvelle escroquerie, puis arrêté pour abus de confiance et escroquerie (achat à crédit de bijoux avec fausses garanties attachées à son titre). Non lieu. Expertise médico-légale le déclarant responsable.

Depuis, il vit d'emprunts et du produit de quêtes qu'il fait faire en sa faveur.

En 1911 accusé d'escroquerie. La même année, tentative de suicide par absorption de cocaïne au moment où il est obligé de payer une note qu'il ne peut régler. Interné à Sainte-Anne pendant une quinzaine de jours.

En mars 1912, arrêté pour vagabondage. Interné à Villejuif après expertise médico-légale et non-lieu.

X... est un dégénéré, instable, mythomane, avec perversions morales. C'est un morphinique et un cocaïnique. Une peau bronzée, ayant perdu sa souplesse et couverte de cicatrices, de piqûres et d'abcès est une preuve indiscutable du genre d'intoxication du malade.

X... dit qu'il n'a commencé à se faire des piqûres de morphine que vers 1907. La dose maxima a été de 60 centigrammes jour.

Peu après, il a pris de la cocaïne pour se stimuler. Cette cocaïne, il l'utilisait en solution à l'aide de tampons appliqués dans le nez (solutions à concentration croissante : 1 p. 100, 1 p. 50, 1 p. 20) et faisait ainsi un usage de 1 gr. 50 en moyenne de cocaïne par jour.

Au bout d'un an, il dit avoir abandonné morphine et cocaïne et avoir repris ces toxiques quelques mois plus tard en recommençant par la cocaïne.

Depuis, il n'a pas cessé de s'intoxiquer par la morphine et la cocaïne (50 centigrammes de l'un, et 1 gr. 50 de l'autre). Ce n'est que ces derniers temps qu'en plus de l'application nasale de cocaïne il s'est fait des piqûres.

Perforation de la cloison du nez, de forme ovale (1/2 centimètre pour la plus grande dimension) à environ 2 centimètres en arrière de l'orifice des narines.

Il a vécu un certain temps avec une maîtresse qui était morphinomane. Il prétend n'avoir fait aucun prosélyte.

On peut admettre que les intoxications cocaïnique et morphinique ont contribué à amoindrir une partie de sa responsabilité dans les actes qu'il a commis, mais la véritable excuse qu'on peut invoquer en sa faveur, c'est que c'est un dégénéré constitutionnel dont le cocaïnisme et le morphinisme ne sont qu'une traduction.

CONCLUSIONS

I

Le cocaïnisme nasal s'observe assez fréquemment aujourd'hui.

II

Reconnaissant parfois une origine thérapeutique, on le trouve le plus souvent dans certains milieux parisiens où fréquentent les courtisanes et des individus qu'on peut classer parmi les dégénérés et les déséquilibrés.

Il s'observe très fréquemment aussi chez les morphomanes (intoxication simultanée).

III

L'intoxication par la cocaïne est susceptible de donner lieu à des troubles généraux graves de l'organisme et à des accidents locaux.

IV

Parmi ces accidents locaux, on peut observer la perforation du septum nasal (muqueuse et cartilage de la cloison).

V

Ces altérations locales se traduisent par une anémie intense de la muqueuse, est une destruction progressive du tissu cartilagineux sous-jacent.

VI

Le mécanisme de la perforation peut s'expliquer par l'action vaso-constrictive et anémiant que l'agent toxique exerce sur les tissus. Cette action, aboutissant à la mortification des cellules, peut être aidée par le grattage habituel en pareil cas.

VII

La perforation nasale, comme d'ailleurs les symptômes d'intoxication, est susceptible de s'améliorer sous l'influence d'une cure de décocaïnisation (suppression brusque et radicale de la cocaïne).

Vu : Le Président de Thèse,

THOINOT.

Vu le Doyen,

LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

1. AVRIL — La cocaïnomanie. Etude clinique médico-légale et thérapeutique. Thèse de Lyon 1908-09.
2. BACCELLI. — Cocaïnismo e cocaïnomania. *Rivista di Fren* 1893.
3. BALL. — De la cocaïno-morphinomanie. *Annales de psychiatrie et d'hypnologie* 1891.
4. BALLET (Gilbert). — *Traité de pathologie mentale*.
5. BANNING. — Cocain in morphinism. *British medical journal*, 1885.
6. BENTLEY. — Erythroxyton coca in the opium and alcohol habits. *Thérapeutic gazette*, Detroit, 1880.
7. BENTON. — Coca in the opium habit. *Louisville medical News*, 1881.
8. BONNETTE. — Les méfaits de la cocaïne. *Gazette des hôpitaux*, Paris 1909.
9. BORNEMANN. — Zur cocainsucht. *Deutsche médical Zeitung*, 1886.
10. BOUR. — Empoisonnements aigus par la cocaïne. Thèse de Paris, 1901.

11. BRATN. — Gomme de la cloison cartilagineuse dans la syphilis héréditaire tardive. Société de laryngologie de Vienne, 12 janvier 1910.
12. BROECKAERT. — Des accidents par la cocaïne, et spécialement d'un effet vésicant remarquable dû à une application de cocaïne sur la peau. Belgique médicale, 1896.
13. BROUARDEL. — Les intoxications.
 - Opium, morphine et cocaïne.
 - Intoxication par la cocaïne. Annales d'hygiène publique et de médecine légale, Paris 1905.
14. BROWER. — The effects of cocaïne on the central nervous system. Journal américain medical association, 1886.
15. CASTEX et LUBET-BARBON. — Oto. rhino. laryngologie. (Le Dentu et Delbet, Traité de chirurgie, t. XVIII.)
16. CHAMBARD. — Les morphinomanes. Bibl. Charcot. Debove 1892.
17. CHATELLIN. — Empoisonnements par la cocaïne. Annales des maladies de l'oreille, Paris 1886.
18. CHRISTIAN. — Morphino-cocaïnisme. Annales médico-psycholog. 1889.
19. CHOUPPE. — Morphinisme et cocaïne. Bulletins de la société de biologie 1889.
20. CLÉLAT. — Un cas d'intoxication par le Chlorhydrate de cocaïne. Journal de médecine de Bordeaux 1907.
21. COMANOS. — Die Wirkung grosser Dosen von Cocain auf das Centrale Nervensystem. Berliner Klinische Wochenschrift, 1886.
22. COMBY. — Cas de morphino-cocaïnomanie guéri par la suppression rapide. Bulletin de la société médicale des Hôpitaux 1891.
23. COURTADE. — Ulcération et perforation de la cloison par

- Traumatisme habituel. Archives internationales de laryngologie 1907.
24. CROTHERS. — Cocainism. Medical Record, New-York 1910.
- Cocainism. Alkaloid clinic., Chicago 1901.
25. DÉJÉRINE. — Empoisonnement par la cocaïne chez un cocaïnomanie. Bulletin de la Société de biologie 1887.
26. ERLÉNMEYER. — Ueber Cocainsucht. Deutsche medical Zeitung 1886.
27. EVERTS. — The cocaine habit. Medical and Surgical Reporter. Philadelphie 1885.
- Bulletin général de thérapeut. méd. et chirur. 1888, t. CXV, p. 327.
28. FÉLIX. — Les perforations de la cloison nasale en dehors de la syphilis. Semaine médicale 1904.
29. FRANK RING. — De la cocaïne et de ses attrait jugés par un médecin cocaïnomanie. Medical Record, 1887. (Cité dans Bulletin général de thérapeutique méd. et chir., 1888, t. CXV, p. 327.)
30. FRENZ. — Ueber coca. Centrablatt für die gesammte therapie, 1885.
31. GILBERT-FIDAO. — Ulcère perforant nasal. Thèse de Paris, 1910.
32. GUGENHEIM. — Perforations de la cloison du nez. Semaine médicale, 25 septembre 1895.
33. GUIMBAIL. — Les morphinomanes. Baillière, 1891.
34. GRAY. — Coca in the opium habit. Therapeutic gazette, Detroit, 1881.
35. HALLOPEAU. — Sur une forme prolongée de cocaïnisme aigu. Semaine médicale, 1899.
36. HAMMOND. — Bulletin général de thérapeutique méd. et chir., 1888, t. CXV, p. 327.

37. HAUPT. — Cocaïnomanie chez un enfant. Deutsche med. Zeitung, 1886.
38. HAUTANT. — Cocaïnomanie nasale et ses accidents locaux. Tribune médicale, 1908.
39. HEYMANN. — Ueber intoxication durch Cocain. Centralblatt für Nervenheilkunde, 1885.
40. HOESTERMANN. — Ueber cocainismus. Société psychiatrique de la province rhénane, 1886.
41. HUGHES. — Bulletin général de thérapeutique méd. et chir., 1888, t. CXV, p. 327.
42. ILLOW. -- Ueber morphio. Cocainismus und hallucinatorische Paranoia. Thèse de Berlin, 1895.
43. JASTROWITZ. -- Cocaïnomanie. Medical Zeitung, 1885.
44. LACASSAGNE. Empoisonnement par le chlorhydrate de cocaïne. Archives d'anthropologie crimin. Lyon et Paris, 1905.
45. LAFOND. -- Analyse physiologique de l'action de la cocaïne. Mémoires de la Société de biologie, 1887.
46. LAIGNEL-LAVASTINE et GLÉNARD. — Perforation du cartilage quadrangulaire de la cloison par cocaïnomanie nasale. Tribune médicale 1908.
47. LAURENS. — Syphilis nasale. Le larynx, 1911, n° 1.
48. LEIFERT. — Cocaïne et cocaïnisme. Wurtzbourg 1886.
49. LEMAIRE. — Du cocaïnisme aigu et chronique par la muqueuse nasale. Thèse de Bordeaux 1903-04.
50. LÉPINE. — Semaine médicale 1889.
51. LERMOYEZ. — Presse médicale 1894.
52. LEYKINE. — Journal russe des maladies cutanées, 1909, n° 7.
53. LAWENBERG. — Le cocaïnisme chronique d'origine nasale. Bulletin médical 1895, p. 253.

54. LOVE. — The cocaïne habit. Saint-Louis médical and surgical journal 1886.
55. MAGNAN. — Discussion sur le cocaïnisme. Annales médico-psychologiques 1889.
56. MAGNAN et SAURY. — Trois cas de cocaïnisme chronique. Bulletins de la Société de biologie 1889.
57. MANN. — On the use of cocaïne in the opium habit. Aliéniste and neurologist 1886.
58. MARFAN. — Revue des maladies de l'enfance 1901.
59. MATTISON. — Bulletin général de thérapeutique, méd. et chir. 1888, t. CXV. p. 327.
- L'intoxication par la cocaïne (analysé in Tribune médicale 1888).
- Cocaïne Inebriety. Médical Record. New-York 1892.
- Coca and Cocaïne in the hé treatment of morphine Disease. Brochure New-York, 1894.
60. MAUREL. --- Cocaïne ; ses propriétés toxiques et thérapeutiques, 1895.
61. MAUREL et MEYER. — Recherches sur les causes de la mort par la cocaïne. Bulletin général de thérapeuthique. Paris 1892.
62. MENIER. --- Traité des maladies du nez.
63. MOURE. — Maladies des fosses nasales, 1893.
- Guide pratique des maladies des oreilles, du larynx et du nez, 1908.
64. NORMAN. — A note on cocaïnism, journal of. mental science 1892.
65. OBERSTEINER. — Zur internen Anwendung des Cocain bei Neurosen und Psychosen. Wiener medicin. Presse 1885.
- Cocain und morphinismus. Wiener Klinische Wochenschrift 1888.

67. PITOUS. — La dysménorrhée d'origine nasale. Thèse de Bordeaux 1901-02.
68. POUCHET. — Précis de pharmacologie et de matière médicale.
69. RECLUS. — De l'analgésie par la cocaïne en chirurgie courante. Semaine médicale 1893, p. 33.
70. RICHAUD. — Précis de thérapeutique et de pharmacologie, 1911.
71. RICHEL. — De l'anaphylaxie dans l'intoxication par la cocaïne. Arch. internat de pharmacodynamie et de thérapie, 1908.
72. SARREMONÉ. — Symptômes de la syphilis nasale. Archives internationales de laryngologie 1902. Tome XV.
73. SAURY. — Cocaïnomanie. Annales médico-psychologiques, 1889.
74. SHAW. — Influence of the continuous use of cocaïne on the mind. Weekly medical Review 1885.
— Medical Record, 1885.
75. SMITH. — Case of cocainism-journal of mental science 1892.
76. SOLIER. — Cas de morphino-cocaïnomanie. Bulletin de la société médicale des Hôpitaux de Paris, 1894.
— Progrès médical, 1899.
— Troubles du cocaïnisme chronique. Progrès médical 1900.
— Un cas remarquable de cocaïnomanie. Journal de médecine de Paris 1910.
77. SORTZO. — Cocaïnisme chronique et troubles psychiques dans une famille adonnée au cocaïnisme. Rivista di patologia nervosa e mentale, 1902, p. 171.
78. TARRIEUS. — Intoxication cocainique par les muqueuses
66. PINET. — Ptyalisme intense consécutif à l'action du

chlorhydrate de cocaïne. Odontologie. Paris 1909.

de la face. Revue de l'hypnotisme, Paris 1909-10.

79. VAQUEZ. -- Précis de thérapeutique, 1907.

80. WESTPHAL. -- Cocainomanie. Arch. für Psychiatrie, 1887.

81. WETTERTRAND. -- Sur le traitement de la morphinomanie,
de la cocainomanie et de la chloralomanie par la sug-
gestion et l'hypnose. Zeitschrift für Hypnotismus, 1896,
et journal de neurologie et d'hynologie, Bruxelles 1896.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	11
CHAPITRE I. -- Historique.....	15
CHAPITRE II. -- Des effets physiologiques du Chlorhydrate de cocaïne.....	21
CHAPITRE III. -- Du cocaïnisme nasal. Considérations étiologiques.....	27
CHAPITRE IV. -- De la perforation de la cloison. Symptômes et pathogénie	37
CHAPITRE V. -- De la perforation de la cloison. Diagnostic différentiel.....	41
CHAPITRE VI. -- Pronostic. Traitement.....	47
Observations.....	49
Conclusions.....	67
Bibliographie	69

Imprimerie spéciale de la Librairie OLLIER-HENRY
26, rue Monsieur-le-Prince. — Paris.
